



Suplemento Del Plan De Servicios Para Administración De Casos

THSteps MCM TCM/PWI CSHCN

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número Medicaid: _____

Servicio necesitado:

Plan de Acción	Por quien	Para Cuando	Fecha en que se completó/poner sus iniciales

Servicio necesitado:

Plan de Acción	Por quien	Para Cuando	Fecha en que se completó/poner sus iniciales

¿Se le entregó al cliente/padre/tutor una copia del suplemento del Plan de Servicios? Sí No

El cliente/padre/tutor da su consentimiento para que el administrador de casos envíe una copia de este apéndice de Plan de Servicio a:

- Doctor principal (PCP) Persona que recomendó Otro, especificar: _____
- El cliente no autoriza que se transmita el Plan de Servicios N/A para clientes TCM/PWI

Yo soy un cliente padre tutor. Yo sé que dentro de los reglas de Medicaid, tengo el derecho de elegir servicio médico, dental y los servicios de administración de casos cuando sea necesario. Yo sé que dentro de las reglas de Medicaid, tengo la libertad de elegir equipo y suministros cuando sea necesario. Tomé parte en el desarrollo de este plan de servicio. Entiendo que las referencias nombradas arriba ayudarán a poner en efecto este plan. Entiendo que las referencias serán hechas en mi nombre (o en el de mi niño). Entiendo que la información de mi evaluación de necesidades puede ser requerida para ayudar con las referencias en este plan. Doy mi consentimiento a mi administrador de caso para dar la información necesaria a las referencias. Entiendo que la información le será dada únicamente a las agencias nombradas en este plan. La información dada será solamente la que sea necesaria para completar la referencia, determinar la elegibilidad o dar servicios a mi niño o a mí. Este consentimiento terminará cuando mis necesidades se terminen. Entiendo que puedo revocar o cancelar este consentimiento en cualquier momento. Para cancelarlo, debo escribir a mi administrador de caso. Entiendo que este consentimiento no afectará mi tratamiento (o el de mi niño), el pago, participar en el programa o la elegibilidad para beneficios. Entiendo que cualquiera que obtenga información como resultado de este consentimiento puede compartirlo con otras personas como la ley lo permita.

Firma del Cliente/Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Administrador del Caso: _____ Fecha: _____

Nombre de Proveedor de Administración de Casos: _____ Teléfono: () -

Dirección del Proveedor de Administración de Casos: _____

Firma del Intérprete (en caso de que lo haya): _____ Fecha: _____